

Trabajo Fin de Grado

Programa de Educación para la Salud dirigido a personas diagnosticadas de Alzheimer en la primera etapa de la enfermedad y cuidadores principales

Health Education Program for people diagnosed Alzheimer's disease in the early stage of disease and primary caregivers

Carolina Barrena López

Carmen Muro Baquero

Facultad Ciencias de la Salud
2015/2016

ÍNDICE

1. Resumen.....	3-4
- Resumen.....	3
- Abstract.....	4
2. Introducción.....	5-7
3. Objetivos.....	8
4. Metodología.....	8-9
5. Desarrollo.....	10-18
- Diagnóstico.....	10-11
• Análisis y priorización.....	10-11
- Planificación.....	12-14
• Objetivos.....	12
• Destinatarios.....	12
• Recursos.....	12-13
• Estrategias.....	13
• Actividades.....	13-15
• Cronograma.....	14
- Ejecución.....	15-17
• Sesión 1.....	15
• Sesión 2.....	16
• Sesión 3.....	17
- Evaluación.....	18
6. Conclusiones.....	18
7. Bibliografía.....	19-23
8. Anexos.....	24-33
- Anexo 1.....	24
- Anexo 2.....	25
- Anexo 3.....	26
- Anexo 4.....	27-28
- Anexo 5.....	29-30
- Anexo 6.....	31-33

1. RESUMEN

Introducción: Existe un número elevado de personas que padecen enfermedad de Alzheimer y, año tras año, aumenta debido al incremento de la población anciana. Para detectar la enfermedad hay una serie de fases con sus síntomas y un diagnóstico específico. Hay que hacer hincapié en los factores de riesgo ya que es ahí donde comienza la prevención de la enfermedad. El tratamiento para estos paciente se va a centrar en el aspecto no farmacológico, donde el personal de enfermería puede incidir en actividades, deterioro cognitivo y apoyo emocional para estas personas.

Objetivo principal: Diseñar un Programa de Educación para la Salud dirigido a personas diagnosticadas de Alzheimer en la primera etapa de la enfermedad y a cuidadores principales.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, páginas webs de interés y libros, entre los que destacan NANDA, NIC y NOC, sobre la patología de Alzheimer.

Conclusiones: La información explicada en las sesiones ha servido para llevar a cabo unos cuidados mejores del paciente con Alzheimer y del cuidador principal, mejorando el estado físico y emocional de ambos. Los beneficios de las actividades mejoran las expectativas y las ganas de realizarlas.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, cuidados enfermeros, cuidador principal, demencia.

ABSTRACT

Introduction: There is a large number of people who suffer Alzheimer's disease and increases year in year out because of the increase in the elderly population. To detect the disease there are several stages of disease with their symptoms and a specific diagnostic. We must emphasize the risk factors because the prevention of the disease begins here. Treatment for these patients will focus on non-pharmacological aspect where nurses can influence in activities, cognitive impairment and emotional support for these people.

Main objective: To design a Health Education Program for people diagnosed Alzheimer's disease in the first stage of the disease and primary caregivers.

Methodology: A literature review has been performed on various databases, websites and books of interest, among which NANDA, NIC and NOC, about Alzheimer's pathology.

Conclusions: The information explained in the sessions has served to better care of patients with Alzheimer's and the primary caregiver, improving the physical and emotional state of both. The benefits of activities improve expectations and the desire to perform them.

Keywords: Alzheimer's disease, nursing care, primary caregiver, dementia.

2. INTRODUCCIÓN

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva e irreversible sufrida mayoritariamente por la población anciana (1,2).

Para definir la enfermedad del Alzheimer (EA) es importante conocer el significado de demencia, que como bien cita la OMS(3) es un síndrome – generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

A nivel mundial hay casi 50 millones de personas con demencia, de las cuales el 50-60 % de los casos sufren la EA (3,4). Se estima que el número de enfermos va a ir aumentando cada año, principalmente en los países en vías de desarrollo y los países subdesarrollados (5). Respecto a España, en el año 2013, último año que recoge el INE, las enfermedades del sistema nervioso, donde se incluyen las demencias, fueron la cuarta causa de muerte (6). Si desglosamos las demencias, la EA se coloca en el séptimo puesto como causa de defunción (7). La edad es un factor de riesgo importante puesto que las personas mayores de 65 años en adelante son las que tienen más posibilidades de padecer la enfermedad. Las cifras de la enfermedad aumentan a los 75 años y se triplican a los 85 años, siendo estos últimos los años con más prevalencia de la enfermedad. (8-10). La OMS califica como prioridad la EA, siendo uno de los problemas de salud mental más importante (11).

Para profundizar, hay que saber reconocer los factores etiológicos y de riesgo más significativos, a pesar de que las causas concretas del EA todavía son desconocidas (3).

Los factores de riesgo más destacados y en los que la prevención está muy involucrada son los siguientes: una dieta irregular, inactividad física, poca estimulación de la actividad cerebral, un bajo nivel de educación, el aumento progresivo de la edad, la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo, etc. En conclusión, se puede decir que el Alzheimer es una complicada interacción de factores ambientales y genéticos donde el sexo no demuestra ser un valor muy significativo a la hora de abordar la enfermedad. Aunque la herencia y genética familiar también es un factor de riesgo solo representa el 1 ó 2% de los casos (8,12,13).

Una vez instaurada la EA, existen una serie de etapas que se diferencian principalmente por la intensidad de los síntomas y el deterioro cognitivo que sufren las personas. Las áreas más comprometidas van a ser: la memoria, el lenguaje, el comportamiento, el movimiento y/o la coordinación (14).

Las manifestaciones clínicas de estas fases son las siguientes (4,8,15) (Anexo 1).

Para diagnosticar la enfermedad no existe una sola prueba sino que hay una serie de exámenes en los que se puede hacer un diagnóstico inicial del Alzheimer. Los siguientes diagnósticos no confirman la enfermedad, ya que la única prueba fiable es una biopsia cerebral tras defunción (4). Además hay que hacer una serie de diagnósticos diferenciales para no confundirlo con enfermedades como el Parkinson, depresión, otro tipo de demencias o toma de algunos fármacos en concreto (16).

Los estudios que se llevan a cabo, entre otros, son: analítica de sangre completa, electroencefalograma, electrocardiograma, tomografía computarizada, resonancia magnética, pruebas, escalas y test neuropsicológicos donde se comprueba el deterioro cognitivo y el cambio emocional y de comportamiento del enfermo, etc. Así se tiene una valoración global del paciente con EA (4). Hay estudios de que una valoración de la retina también puede acercarse al diagnóstico de la EA, ya que las personas que la sufren tienen problemas visuales leves a moderados (17).

Lo más empleado por enfermería son las escalas para hacer una valoración funcional del paciente y confirmar los síntomas actuales. Las escalas con más validez científica y más usadas son: EQ-5D (valoración de la calidad de vida relacionada con la salud), test mini-mental de Folstein (MMSE), test de fluencia verbal, escala de deterioro global de Reisberg (18).

Cuando se habla del tratamiento del Alzheimer no se está indicando una cura para la enfermedad sino para paliar los síntomas y hacer que estos disminuyan o se retrasen de forma paulatina. Entre los tipos de tratamiento se encuentran los farmacológicos y no farmacológicos. En este trabajo se hablará de los segundos, para así abordar el ámbito personal del paciente con EA y poder mejorar su calidad de vida. Ayudarles con ejercicios que activen y aumenten la capacidad cognitiva, que estimulen la memoria, trabajar con los familiares o cuidadores principales para un buen control y apoyo emocional e intentar retrasar los síntomas con actividades mentales y físicos (4).

Debido a la cantidad significativa de personas que padecen esta enfermedad y la desigualdad entre las enfermedades físicas y mentales es necesario destacar la importancia de los problemas de salud mental, como es, en este caso, el Alzheimer. Ya que ocurren a un nivel psiconeurológico, el papel de Enfermería, más allá de proporcionar fármacos, es el de instruir a las personas con EA en una etapa inicial de la enfermedad, donde aún se manejan de forma semi-independiente y pueden mostrarse colaboradores y comunicativos.

Además se quiere mostrar la importancia del papel de los cuidadores principales, ya que se encuentran en un segundo plano y, a menudo, sufren sobrecarga puesto que ocupan muchas horas de su tiempo en los cuidados de los pacientes con EA (19,20).

3. OBJETIVOS

Objetivo general: realizar un programa de Educación para la Salud para las personas diagnosticadas de EA en la etapa inicial de la enfermedad y para los cuidadores principales.

Objetivos específicos:

- Disminuir el sentimiento de aislamiento a través de actividades y ejercicios.
- Llevar a cabo ejercicios que estimulen la actividad cognitiva y cerebral.
- Informar a los cuidadores principales del paciente con EA sobre la enfermedad y los cuidados sobre sus familiares y sobre sí mismos.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada en este trabajo se ha compuesto principalmente de búsquedas de artículos en bases de datos sobre la enfermedad de Alzheimer y los cuidados y tratamientos no farmacológicos que pueden llegar a abordar enfermería.

Las sedes webs importantes y destacadas como la OMS o el INE han servido para contrastar datos y cifras a nivel global y específico. Las páginas webs relacionadas con el Alzheimer, que principalmente son fundaciones que ayudan a difundir información y a transmitir ayuda a las personas que lo necesiten han sido un apoyo importante para la estructura de la enfermedad y sus partes. Estas han sido tales como Afal contigo, Fundación Alzheimer España o Alzheimer's disease International.

También se ha empleado el libro de diagnósticos enfermeros, NANDA, para destacar los principales problemas encontrados en la enfermedad de Alzheimer. Además se han utilizado los libros NIC Y NOC para relacionar los diagnósticos con los objetivos a conseguir y las actividades a realizar.

Los artículos, así como los libros y páginas webs empleados datan de un intervalo de años entre 2006 y 2016, salvo un artículo empleado al principio que es del año 2002, el cual sólo se ha utilizado para una definición.

Las palabras claves principales han sido las relacionadas con la enfermedad: alzheimer, enfermedad de alzheimer, alzheimer's disease, nursing, demencia, cuidador principal, cuidados enfermeros, enfermería.

BASES DE DATOS	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Limitaciones
Scielo	Enfermedad de Alzheimer, demencia, cuidador principal	34	4	Español, inglés, 2006 – 2016
Dialnet	Alzheimer, tratamiento, diagnóstico	17	3	2010-2019 Texto completo
	Alzheimer, demencia	35	1	
	Alzheimer's disease, nursing, nursing care	16	1	
	Enfermedad de Alzheimer, prevención	27	2	
PubMed	Alzheimer, nursing care	26	2	Texto completo Hace 10 años
	Disease's alzheimer, dementia	14	1	
	Enfermedad de Alzheimer, cuidador principal	20	1	
Cuiden	Alzheimer, Cuidados enfermeros	8	2	

Esta información ha permitido elaborar el siguiente programa.

5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

DIAGNÓSTICO: análisis y priorización

Aunque en la primera etapa de la enfermedad de Alzheimer no haya problemas de salud o síntomas tan marcados como en las siguientes, se encuentran una serie de dificultades que impiden llevar a cabo una vida totalmente normal. Para que no desemboquen rápidamente en problemas más graves, los diagnósticos que se deben tomar como principales son (21):

- (00053) Aislamiento social r/c alteraciones del estado mental m/p hostilidad verbal y de comportamiento
- (00097) Déficit de actividades recreativas r/c enfermedad actual m/p aislamiento
- (00131) Deterioro de la memoria r/c trastornos neurológicos m/p incapacidad para recordar acontecimientos recientes
- (00062) Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c falta de descanso del cuidador

Lo primero que va a perder el enfermo va a ser la memoria, lo que conlleva cambios de comportamiento frecuentes y un posible aislamiento social. Esto va a tener como consecuencia una disminución de las actividades diarias del paciente con EA al buscar como refugio la soledad. (4)

Los cuidadores principales tienen riesgo de sufrir sobrecarga ya que se ocupan varias horas al día de los cuidados del paciente, olvidándose, a veces, de sus propios cuidados.

A continuación, se hará una relación con NIC y NOC, uniendo los objetivos y las actividades que se van a realizar en el programa (21-23).

Diagnósticos enfermeros NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> (00053) Aislamiento social r/c alteraciones del estado mental m/p hostilidad verbal y de comportamiento 	1504 Soporte Social	5100 Potenciación de la socialización
<ul style="list-style-type: none"> (00097) Déficit de actividades recreativas r/c enfermedad actual m/p aislamiento 	1502 Habilidades de interacción social	5360 Terapia de entretenimiento
<ul style="list-style-type: none"> (00131) Deterioro de la memoria r/c trastornos neurológicos m/p incapacidad para recordar acontecimientos recientes 	0908 Memoria	5360 Entrenamiento de la memoria
<ul style="list-style-type: none"> (00062) Riesgo de cansancio del rol del cuidador 	2508 Bienestar del cuidador principal	7040 Apoyo al cuidador principal

PLANIFICACIÓN

Objetivos

- General: disminuir y/o retrasar los síntomas de la segunda fase de las personas diagnosticadas de Alzheimer en la etapa inicial de la enfermedad e informar sobre los cuidados personales y para el paciente a los cuidadores principales.
- Específicos:
 - Promover las actividades recreativas y en grupo para reducir el sentimiento de aislamiento o soledad.
 - Estimular la actividad cerebral a través de ejercicios mentales y técnicas de relajación.
 - Informar y apoyar a los familiares o cuidadores del paciente en relación a la enfermedad y los cuidados para el paciente y para sí mismos.

Destinatarios

El programa de salud irá dirigido a la población que está enferma, ya sea por los pacientes diagnosticados de Alzheimer como los cuidadores principales que tienen una sobrecarga importante. Se realizará en el Centro de Salud Torre Ramona, puesto que en esta etapa inicial los pacientes todavía están en su domicilio y es más fácil y cómodo llevar a cabo las sesiones.

Recursos materiales

Los recursos materiales empleados serán: un aula o sala del CCSS. Torre Ramona que disponga de mínimo 25 sillas, mesas, un proyector, ordenador, pantalla, bolígrafos, folios, cuestionarios. Además de los carteles y dípticos previamente distribuidos por el Centro de Salud (Anexo 2).

Recursos humanos

Las sesiones serán impartidas por una enfermera altamente cualificada para informar y aportar conocimientos y cuidados sobre la enfermedad de Alzheimer y ayudar física y psicológicamente a los cuidadores principales de los pacientes de EA.

Estrategias

El programa de salud se realizará en el CCSS Torre Ramona, ya que acude un índice de población anciana mayoritario y puede interesarles acudir a un sitio cercano a informarse y participar en las sesiones. En él se distribuirán carteles (Anexo 3) en la entrada y en los pasillos principales con información sobre el programa a realizar, fecha, lugar y horario. Además en la entrada del ambulatorio, fácilmente accesible y visible, se encontrarán los dípticos informativos (Anexo 4) que contienen mayor detalle sobre el programa y las sesiones.

Actividades

El programa, "Reconocer y conocerte", que se va a llevar a cabo consta de una capacidad máxima de 25-30 personas. En el aula del CCSS. que nos han prestado se realizarán las tres sesiones de las que va a constar el programa, que tendrán una duración de 1 hora y 30 minutos. Las fechas serán los días 14, 15 y 16 de junio.

En la primera sesión, se hablará de las actividades en grupo y los beneficios que estas tienen para la enfermedad. Se intentará conseguir que las personas que tienden a aislarse, poco a poco vayan incrementando su vida social y se sientan más acompañados y distraídos.

La siguiente sesión, estará centrada en la realización de ejercicios mentales y técnicas de relajación para que estimulen su capacidad cognitiva.

La última sesión, la cual finalizará el programa contará con los cuidadores principales de los pacientes con Alzheimer donde obtendrán información sobre la enfermedad, sus problemas principales, posibles soluciones y cuidados al paciente y a sí mismos.

Diagrama de Gantt

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO		
					14	15	16
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA							
DESARROLLO DEL PROGRAMA							
PUBLICIDAD							
SESIONES							
EVALUACIÓN							

EJECUCIÓN

- **1ª Sesión:** La primera sesión comenzará con la presentación de la enfermera, para crear un ambiente de confianza.

Después de la presentación inicial, la enfermera explicará a través de un power point y con la ayuda del proyector, una breve introducción de la enfermedad.

A continuación, se formarán grupos de 5 personas en los que los pacientes contarán su estado anímico y qué actividades de ocio realizan. Habrá una puesta en común pasados 10 minutos para escuchar los diferentes puntos de vista.

Posteriormente, la enfermera expondrá los beneficios que tienen las actividades en grupo, tales como la que ha sido llevada a cabo en esta primera sesión con la función de promoverlas. Así mismo se mostrarán ejemplos de actividades recreativas, en las que se incluyen ejercicios físicos. Ya que tras revisiones bibliográficas se ha comprobado que promueven un estado de ánimo y funcionamiento cognitivo positivo, llegando a poder ser personas más independientes (24,25).

Por último, se pasará una encuesta para valorar cómo se han sentido y qué experiencia positiva sacan de la actividad en grupo (Anexo 5).

- **2ª Sesión:** El programa continuará al día siguiente con una sesión centrada en la prevención del deterioro cognitivo.

Se realizará una breve explicación de los síntomas de esta primera etapa y de los deterioros cognitivos más frecuentes.

En esta primera etapa, la función de la actividad cognitiva más afectada es la memoria, pero también hay otras funciones importantes como la atención, el análisis, el razonamiento lógico, el lenguaje, el movimiento y la sociabilidad.

Se repartirá un folio a cada personas con ejercicios relacionado con lo explicado anteriormente, que contendrán principalmente actividades de cálculo, lenguaje expresivo y comprensivo, reconocimiento de objetos, orientación espacio-temporal y praxis (26,27).

Además de esos ejercicios, se les explicará algunas técnicas de relajación que les ayuden a focalizar la atención en momentos de olvidos pasajeros o incluso para mejorar los cambios de comportamiento tan frecuentes en esta primera etapa.

Es importante recordarles que para un buen funcionamiento de la memoria y otros aspectos relacionados con el cerebro, hay que realizar estos ejercicios de continuo. Sin constancia sus capacidades cognitivas se irán deteriorando.

- **3ª Sesión:** La última sesión irá dirigida a los cuidadores principales y familiares del paciente con Alzheimer.

La sesión se dividirá en tres partes.

En la primera se hablará de la enfermedad, de los factores de riesgo, de los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento, que será explicado a través de un power point.

Se continuará con la segunda parte de la actividad en la que la enfermera se centrará en los cuidados del paciente. Realizará una lluvia de ideas o brainstorming, en el que las personas presentes participarán contando sus experiencias. La pregunta sobre la que trabajarán, entre otras, será: ¿qué cuidados realizas diariamente en las personas con Alzheimer que cuidas?

La última parte de la sesión se centrará en los cuidados que los cuidadores realizan sobre sí mismos, ya que pasan muchas horas al día o la semana con sus familiares sin dedicarse poco o nada de tiempo para ellos mismos. Se hará como anteriormente una puesta en común de los cuidados que se realizan a sí mismos.

Así, y gracias a los testimonios de los cuidadores y familiares, se hacen conscientes de la importancia de una persona que supervise a los enfermos de Alzheimer, porque su intervención es una pieza fundamental para conseguir apoyo y ayuda emocional, fuerza espiritual y ganas para que estos pacientes quieran seguir luchando cada día.

Para cuidar, antes hay que cuidarse, y eso es algo fundamental para unos correctos cuidados de los pacientes con Alzheimer.

Para concluir, se les repartirá una encuesta de evaluación sobre la actividad y el grado de satisfacción de esta (Anexo 6).

EVALUACIÓN

Se realizará una evaluación cualitativa del programa a través de unos cuestionarios que evaluarán el grado de satisfacción de las sesiones, así como el conocimiento de la enfermedad de los asistentes. Se repartirán al principio y al final del programa, para contrastar distintas opiniones entre pacientes enfermos de Alzheimer y cuidadores principales.

6. CONCLUSIONES

Puesto que el programa anterior no se ha llevado a cabo, se puede decir que, gracias a una revisión bibliográfica sobre el Alzheimer y los conocimientos adquiridos en esta búsqueda, la conclusión que cabe esperar es:

- La participación conjunta de un grupo mejora la expectativa individual e incrementa las ganas de ser parte del conjunto.
- La información dada sobre la enfermedad es una herramienta muy útil para la correcta realización de los cuidados llevados a cabo por los familiares y cuidadores principales.
- La realización de actividades sociales incrementan un estado de ánimo positivo y disminuyen el sentimiento de soledad de las personas diagnosticadas de Alzheimer.
- Es fundamental explicar los beneficios que conllevan las actividades y ejercicios para que las personas salgan reforzadas positivamente y con ganas de intentar llevarlo a cabo.
- Igual de importante son los cuidados dirigidos al paciente como los propios del cuidador, ya que un estado emocional y físico positivo de este último permite unos mejores cuidados y apoyo emocional para los pacientes de Alzheimer.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Llibre Rodríguez J.J., Guerra Hernández M. Actualización sobre la enfermedad del Alzheimer. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2002 [citado 1 de marzo 2016]; 18(4): 264-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400007
2. Afal [Internet]. Madrid: AFAL. [actualizado 2011, citado 1 marzo 2016]. Qué es el Alzheimer [aprox. 1 pantalla] Disponible en: <http://www.afal.es/es/informacion.html>
3. OMS [internet]. Ginebra, Suiza. [actualizado marzo de 2015; citado 28 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
4. Romano M. F., Nissen M., Del Huerto Paredes N. M., Parquet C.A. Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2007 [citado 10 marzo 2016]; 175. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista175/3_175.pdf
5. Prince M., Wimo A., Guerchet M., Ali G-C., Wu Y-T., Prina M et al. World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia. Alzheimer's disease International [Internet]. 2015 [1 marzo 2016]; 1: 87 págs. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2015/index.html#20/z

8. Fundación Alzheimer España [Internet]. España: Santiago Toledano;[actualizado 2015; citado 1 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/alzheimer>
9. Gutiérrez Pérez A. 2011 Año de la investigación en el Alzheimer. Encuentros en la Biología[Internet] 2011 [15 marzo 2016]; 4(135): 47-49. Disponible en: http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4904/47%20a%2049-Art%C3%ADculo%20Alzheimer_Guti%C3%A9rrezA.pdf?sequence=1
10. Méndez Fernández AB, Leal Freire B. Análisis descriptivo sobre el envejecimiento de la población y la enfermedad de Alzheimer. Acciones e investigaciones sociales [Internet] 2006 [22 marzo 2016]; 1: 19 págs. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002421>
11. Cerquera-Córdoba AM., Galvis-Aparicio MJ. Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores [Internet] 2013 [citado 10 marzo 2016] Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/3127/html>
12. Saura C. A. Evolución del conocimiento en la etiopatología de la Enfermedad de Alzheimer. En: Goñi Imízcoz M., Martínez-Lage Álvarez P. Alzheimer 2010: Evolución Humana y Evolución del Alzheimer. 1ª edición. Madrid: Aula Médica; 2010. 61-76.
13. Blanca M.J., Rodrigo T., Bendayan R. Global processing deficit in Alzheimer's disease. Escritos de Psicología [Internet]. 2010 [citado 10 marzo 2016]; 3(3): 22-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000200004&lang=pt

14. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology* [Internet]. 2016 [19 marzo 2016]; 15(5):455-532. Disponible en: <http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S1474-4422%2816%2900062-4>
15. Sánchez López I., Romero Riera R., Rodríguez Simón E., García Heredia B. Alzheimer [Internet] 1ª ed. España: 3ciencias; enero 2016 [citado 15 marzo 2016] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=581302>
16. Ortega-Martínez J, Cedeño Salazar R, Requena C, Tost M, Lluch A. Alzheimer's disease: oral manifestations, treatment and preventive measures. *Journal of Oral Research* [Internet] 2014 [17 marzo 2016]; 3(3): 184-189. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4995318>
17. Villa Collar C. ¿Un diagnóstico del Alzheimer a través de la retina? *Gaceta de Optometría y óptica oftálmica* [Internet]. 2011 [citado 27 marzo 2016] ; 456: 18-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3935538>
18. M. Baquero M, Peset V, Burguera JA, Salazar-Cifre A, Boscá-Blasco ME, del Olmo-Rodríguez A et al. Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* [Internet]. 2009 [1 abril 2016]; 49(7): 337-342. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Miquel_Baquero/publication/26831774_Quality_of_life_in_Alzheimer's_disease/links/02e7e52c18804c2762000000.pdf
19. Fontán L. La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Biomedicina* [Internet]. 2012 [20 abril 2016]; 7(1): 34-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4374275>

20. Osuna Expósito R. M., López Sánchez O, Caballero Guerrero, M. El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros. Hygía. [Internet]. 2013 [15 abril 2016]; XX(84): 57-60. Disponible en: http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=683416_1
21. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. 1ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
22. Bulechek G M, Butcher H K, Dochterman J M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
23. Moorhead S, Johnson M, Maas M L, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
24. Pano G. Physical activity benefits for Alzheimer's disease patients (A Review). Journal of Human Sport and Exercise [Internet]. 2014 [20 abril 2016]; 9(1): 319-325. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5003343>
25. Tortosa Martínez J, Caus i Pertegáz N, Martínez Canales C. Group-based exercise for people with mild cognitive impairment: a pilot study. Journal of Human Sport and Exercise [Internet]. 2013 [20 abril 2016]; 8(3): 702-710. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4837003>
26. Zaldumbide A M. Mejoría de la calidad de vida del cuidador principal de un enfermo de Alzheimer. Universidad San Francisco de Quito [Internet] 2015 [24 abril 2016] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/4120>

27. Peres Arenas X, Luna Pizarro Guerra S. Memoria a Corto Plazo en Personas de la Tercera Edad. Rv Ajayu [Internet]. 2010 [20 abril 2016]; 8(1). Disponible en: <http://ucbconocimiento.ucbcba.edu.bo/index.php/raj/article/view/272/281>

8. ANEXOS

- **Anexo 1**

La primera es una fase inicial que destaca por olvidos de tareas, nombres, objetos comunes, etc. Los cambios de humor son constantes, pasando de la tranquilidad a la ira en momentos. Además tiende a aislarse de las personas que le rodean. El lenguaje se ve ligeramente afectado a la hora de expresarse. Sin embargo mantiene la autonomía para hacer las actividades básicas de la vida diaria sin alteraciones en el movimiento o la coordinación.

En la segunda, la fase moderada o intermedia es donde se van a notar los síntomas más destacados y que impiden que la persona enferma realice ciertas tareas cotidianas y, por lo tanto, necesite ayuda de un cuidador. La memoria a corto plazo va a estar gravemente afectada, mientras que la memoria a largo plazo va a estar intacta. El comportamiento se vuelve agresivo y el lenguaje se empobrece con serias dificultades para entablar conversaciones.

Y por último la fase más grave y severa, en la cual la persona que padece EA necesita obligatoriamente un cuidador que le ayude a realizar las tareas básicas de la vida diaria ya que el enfermo es totalmente dependiente en todos los aspectos de la vida. La memoria está afectada tanto a corto como a largo plazo, los cambios de humor son imprevisibles, el lenguaje se ve afectado tanto en la expresión como en la comprensión y el movimiento y la coordinación se ven reducidos.

- **Anexo 2**

Recursos económicos

En el hipotético caso de que se efectuase el programa, el presupuesto sería el siguiente:

	GASTOS ECONÓMICOS
Enfermera (40€/hora)	180 €
Bolígrafos: 30 (1=0,35 €)	10,50 €
Folios: 500	2,50 €
Fotocopias: 60 (1=0,05)	3 €
Carteles: 6 (1=1,50 €)	9 €
Dípticos: 80 (1=0,30 €)	24 €
TOTAL	229 €

- **Anexo 3**

Cartel informativo

**PROGRAMA DE SALUD DIRIGIDO A PERSONAS
DIAGNOSTICADAS DE ALZHEIMER EN LA PRIMERA
ETAPA DE LA ENFERMEDAD Y A CUIDADORES
PRINCIPALES**


**“RECONOCER
Y
CONOCERTE”**

14, 15 y 16 de junio
17:00-18:30 horas
Centro de Salud Torre Ramona



- **Anexo 4**

Díptico informativo

<p>PARA QUIÉN</p> <p>Personas diagnosticadas de Alzheimer en la primera etapa de la enfermedad y cuidadores principales.</p> <p>DÓNDE</p> <p>Centro de Salud Torre Ramona (C/ Petunia 2, 50013)</p> <p>CUÁNDO</p> <p>14, 15 y 16 de junio</p>	<p><u>PROGRAMA DE</u> <u>EDUCACIÓN PARA</u> <u>LA SALUD</u> SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</p> 
--	--

Debido al aumento progresivo del número de personas con enfermedad de Alzheimer y el velo invisible puesto en las enfermedades mentales, el presente programa quiere hacer llegar las posibles alternativas para una mejora en la calidad de vida del paciente, ya que esta se ve deteriorada por la memoria, los cambios de comportamiento y los sentimientos negativos del paciente. Así mismo, se pretende dar información y apoyo a los cuidadores principales de estos pacientes.

Dirigido por la enfermera **Carolina Barrena**.

Telf. Contacto: 976 59 11 28

651 20 20 20

Sesión 1

Introducción a la enfermedad y actividades de ocio y en grupo.

Sesión 2

Deterioro cognitivo: ejercicios mentales y técnicas de relajación.

Sesión 3

Información sobre la enfermedad, los cuidados personales y para el paciente dirigida a cuidadores principales y familiares.

- **Anexo 5**

Encuesta sobre la sesión 1

Este cuestionario es totalmente voluntario y anónimo.

Por favor, respóndalo con la mayor sinceridad posible.

1. ¿Le ha resultado útil esta sesión?

- Sí
- No
- Me es indiferente

2. ¿Conocía todo lo explicado sobre la enfermedad?

- Sí
- No
- Algunas cosas sí y otras no

En caso de contestar la última respuesta, indique qué es lo que no conocía sobre la enfermedad:

3. ¿Cree que las actividades en grupo le ayudan en algo?

- Sí
- No
- Me son indiferentes

4. ¿Ha aprendido cosas nuevas gracias a la actividad en grupo?

- Sí
- No
- Me da igual

5. ¿Va a poner en práctica lo explicado en la sesión?

- Sí
- No
- Algunas cosas sí y otras no

En caso de contestar la última respuesta, indique qué es lo que no pondría _____ en _____ práctica:

6. ¿Cambiaría algo de la sesión?

- Sí
- No
- Me es indiferente

En caso de respuesta afirmativa, indique qué es lo que cambiaría:

Gracias por su colaboración.

- **Anexo 6**

Encuesta de la sesión 3

Este cuestionario es totalmente voluntario y anónimo.

Por favor, respóndalo con la mayor sinceridad posible.

1. ¿Conocía todo lo explicado sobre la enfermedad?

- Sí
- No
- Algunas cosas sí y otras no

En caso de contestar la última respuesta, indique qué es lo que no conocía sobre la enfermedad:

2. ¿Qué es lo que más le ha hecho recapacitar y pensar de lo contado en esta sesión?

3. ¿Qué es lo más interesante que ha encontrado de esta actividad?

4. ¿Qué es lo que menos le ha gustado de esta actividad?

5. ¿Considera de interés común los testimonios y experiencias de los participantes?

- Sí
- No
- Me es indiferente

6. ¿Qué relación le une al paciente?

- Cuidador principal sin parentesco
- Cuidador principal con parentesco
- Familiar
- Amigo/a
- Otro: _____

7. En caso de cuidador principal o familiar implicado en los cuidados, ¿durante cuánto tiempo al día se dedica a cuidar al paciente?

- Menos de 2 horas
- Entre 2 y 6 horas
- Más de 6 horas

8. Del 1 al 5, siendo el 1 la peor votación y el 5 la mejor, ¿cómo de útil califica la sesión?

9. ¿Recomendaría a otra persona acudir a este programa?

- Sí
- No
- Me es indiferente

Gracias por su colaboración.